

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean HÉPINEUZE

de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen

Né le 16 Décembre 1909, à Auffay (Seine-Inférieure)

Les
Chancres syphilitiques géants
de la Joue

Travail fait dans le service de dermato-vénérologie de Rouen
(Docteur PAYENNEVILLE)

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean HÉPINEUZE

de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen

Né le 16 Décembre 1909, à Auffay (Seine-Inférieure)

Les

Chancres syphilitiques géants
de la Joue

Travail fait dans le service de dermato-vénérologie de Rouen

(Docteur PAYENNEVILLE)

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	LENCRMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologique	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie médicale.... ABRAMI
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Otorhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LOUÏS
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNÈQUE.
 Pathologie expérimentale TRCISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM. } Clinique obstétricale..
 ECALLE
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MERE

*En témoignage de ma tendre
affection.*

A MON PERE

*Avec ma profonde reconnais-
sance pour tout ce que je lui
dois.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A Monsieur le Professeur GOUGEROT

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE A LA FACULTÉ DE PARIS

MÉDECIN CHEF A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Avec l'expression de notre pro-
fonde gratitude pour le grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de
notre thèse.*

A Monsieur le Docteur PAYENNEVILLE

MÉDECIN CHEF DU SERVICE DE DERMATOVÉNÉROLOGIE
DE ROUEN

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a aidé de
ses conseils.*

*Ses leçons furent pour nous
du plus grand intérêt. Qu'il
veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde
reconnaissance.*

A M. LE DIRECTEUR et à MM. LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN
A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE ROUEN

Externat

- 1929-1930. M. le Professeur J. PETIT, professeur de
Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Mé-
decine de Rouen.
1931. M. le Docteur LECAPLAIN, médecin des
hôpitaux de Rouen.
1932. M. le Professeur F. DEVE, professeur de
Clinique Médicale à l'Ecole de Méde-
cine de Rouen.

Internat

1933. M. le Docteur LEGRAND, chirurgien des
hôpitaux de Rouen. *In memoriam.*
1934. M. le Docteur SAMSON, médecin des hôpi-
taux de Rouen.
1935. M. le Docteur PIERSON, Médecin des hô-
pitaux de Rouen.
- M. le Professeur MARTIN, professeur de
Clinique obstétricale à l'Ecole de Mé-
decine de Rouen.
1936. M. le Docteur A. DEROQUE, chirurgien
des hôpitaux de Rouen.

*Nous leur exprimons toute notre
reconnaissance pour la bien-
veillante sympathie avec la-
quelle ils nous ont accueilli
dans leur service et l'ensei-
gnement si intéressant et si
profitable qu'ils nous ont
donné.*

A NOS CONFERENCIERS D'INTERNAT

M. le Docteur A. BEROQUE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

M. le Docteur POTEZ

MÉDECIN DES HÔPITAUX

En témoignage de notre profonde gratitude pour la part importante qu'ils prirent à notre formation médicale.

A NOS MAÎTRES INTERIMAIRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les Docteurs CERNE, TAMBAREAU, DESSAINT,
HECART, THOREL, chirurgiens des hôpitaux
de Rouen.

MM. les Docteurs DUPREY, FLEURY, BERTRAND,
DELAPORTE, médecins des hôpitaux de Rouen.

M. le Docteur LAURET, accoucheur des hôpitaux de
Rouen.

MM. les Docteurs DELACROIX, ophtalmologiste des
hôpitaux de Rouen; JOUSSEAUME, oto rhino
laryngologiste des hôpitaux de Rouen.

MM. les Docteurs LESSERTISSEUR, DECOULARE-
DELAFONTAINE, FREY et JOUËN, électro-ra-
diologistes des hôpitaux de Rouen.

INTRODUCTION

« Reconnaître un chancre de la face est ordinairement facile si l'on y pense ». Cette assertion est intéressante par la restriction qu'elle comporte : le tout est d'y penser.

Sans craindre l'accusation de voir partout la Syphilis, il est indispensable devant une ulcération de la face dont le diagnostic ne s'impose pas, de penser à la possibilité d'un accident primitif et de s'entourer de toutes les garanties que peuvent apporter les examens de laboratoire.

Dans le cas particulier qui a inspiré ce travail, une telle précaution aurait évité une erreur de diagnostic apportant un retard au traitement, qui n'a pu être institué qu'après l'apparition des accidents secondaires.

On a pensé pendant longtemps que les chancres extragénitaux étaient rares. Cette notion est absolument erronée. Fournier, le premier, a montré dans ses statistiques l'extrême fréquence de certaines localisations de l'accident primitif extragénital (1) isolé ou associé à des lésions primaires des organes géni-

(1) Les chancres extragénitaux par le Professeur A. FOURNIER 1897.

taux constituant les chancres bipolaires. Le siège des chancres extragénitaux est très variable, car il n'y a pas un point de la peau humaine qui ne puisse devenir le siège d'un chancre syphilitique. Mais leur fréquence est très inégale selon les régions.

Les statistiques montrent que les accidents primitifs de la face sont les plus souvent rencontrés et, parmi ceux-ci, on peut citer dans leur ordre de fréquence en excluant les localisations buccales : les chancres du menton, de la joue, du nez, de l'œil, du front.

Bien que l'accident primitif de la joue ne soit pas le plus rare, il nous a paru intéressant d'en étudier une forme un peu atypique : le chancre géant.

Dans le chapitre des chancres du visage extrait de son ouvrage sur les chancres extragénitaux, le professeur Fournier relate quelques observations qui, par certains côtés, rentrent dans le cadre de notre sujet, mais au cours de nos recherches personnelles nous n'avons pu retrouver dans les fiches du service de Dermatologie des hôpitaux de Rouen, d'autres cas analogues à celui que nous avons observé et par ailleurs nous n'avons recueilli qu'une observation à peu près semblable, aussi nous nous permettons de supposer que cette variété est rare, ce qui en fait l'intérêt.

Nous vous proposons dans ce travail :

- 1) D'étudier la fréquence des accidents primitifs de la joue d'après les différentes statistiques qui ont été faites sur les chancres extragénitaux.

2) De donner une étude clinique aussi exacte que possible de la lésion en insistant sur les erreurs de diagnostic le plus fréquemment commises.

3) De montrer la nécessité d'un diagnostic précoce basé sur l'aspect clinique de la lésion, l'examen complet du malade, et les résultats des examens de laboratoire.

HISTORIQUE

L'étude historique des chancres de la joue est celle des chancres extragénitaux en général.

On retrouve des allusions à des accidents primitifs extragénitaux chez les anciens dans les œuvres de Martial, Horace, Pline.

Au moyen-âge quelques écrits rapportent des exemples de contamination par les baisers, les vêtements, l'allaitement mercenaire et, l'imagination aidant, on en arrive à incriminer le simple contact, l'haleine des syphilitiques.

Au xvii^e siècle et enfin au xviii^e siècle on insiste de plus en plus sur les possibilités de contagion médiate par les objets contaminés par des syphilitiques et l'on soupçonne la contagiosité du sang et des accidents secondaires.

En 1775 Fabre écrit : « L'expérience prouve que le virus se communique par des baisers lascifs... les chancres peuvent naître sur toutes les parties du corps. »

En 1786 Hunter tout en maintenant la possibilité d'une contamination extragénitale par du pus vénérien, proclame l'inocuité des accidents secondaires.

Ricord se rallie à cette théorie qui soulève cependant de violentes contradictions. En 1835, Wallace inoculant des accidents secondaires, va détruire la doctrine hunterienne et remettre en question la contagiosité des accidents secondaires et l'étude des chancres extragénitaux.

Le professeur A. Fournier, dans sa thèse de Doctorat sur la contagion syphilitique (1), présentée en 1860, établit que les plaques muqueuses représentent les accidents les plus contagieux.

En 1894, Duncan Bulkley, à New-York (2), publie une statistique importante des localisations extragénitales du chancre syphilitique.

En 1897, le professeur A. Fournier, dans un travail demeuré classique (3), étudie, d'une façon très complète les accidents primitifs extragénitaux en insistant sur la fréquence des localisations céphaliques, et montre l'importance de ce genre de propagation de la syphilis et son danger social.

Queyrat, en 1906 et 1907, va publier ses articles sur l'auto-inoculabilité du chancre syphilitique (4) et à propos des accidents primitifs multipolaires, conclure :

(1) De la contagion syphilitique par le Pr. A. FOURNIER (thèse inaugurale 1860).

(2) Syphilis in the innocent D. BULKLEY 1894.

(3) Les chancres extragénitaux par le Pr. A. FOURNIER, 1897.

(4) Nouveau cas d'auto-inoculation de chancre syphilitique L. QUEYRAT. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Décembre 1906, page 1221. 17^e cas d'auto-inoculation positive de chancre. *Bulletin de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*. Mars 1907, page 207.

« Les chancres syphilitiques non traités localement et dont le porteur n'a pas suivi de médication hydrargirique, sont auto-inoculables dans les onze premiers jours qui suivent leur apparition ».

Dans les années suivantes on retrouve de nombreuses observations de chancres du visage à l'occasion desquelles plusieurs hypothèses sont soulevées, tant au point de vue de l'étiologie, qu'au sujet de l'évolution et de la gravité particulière de ces localisations. On pensait, en effet, à cette époque, que les chancres céphaliques comportaient un pronostic plus sévère et certains prétendaient même qu'ils prédisposaient plus particulièrement aux accidents nerveux précoces. Ces hypothèses ont été reprises depuis par certains auteurs et appuyées sur des considérations d'ordre physiopathologique. Mais il ne semble pas que ces assertions soient vérifiées cliniquement et que cette note péjorative doit être maintenue.

En 1925, le docteur Chabrol, dans sa thèse inaugurale (5), donne une étude statistique très complète des chancres extragénitaux.

Enfin, le traité de la Syphilis du professeur Jeanselme, publié en 1931 (6), est le dernier ouvrage important sur ce sujet. L'auteur consacre un chapitre à l'étude des chancres du visage et à leur diagnostic en insistant plus particulièrement sur les chancres du menton.

(5) Etude statistique des chancres extragénitaux. H. CHABROL, thèse inaugurale 1925.

(6) Traité de la syphilis par le Professeur JEANSELME, 1931.

Depuis cette époque de nombreux articles ont paru sur les accidents primitifs céphaliques, mais il nous a semblé que les deux cas que nous rapportons sont les seuls ayant été publiés sur le sujet tout particulier dont nous allons faire l'étude.

STATISTIQUE

Nous avons repris les statistiques de D. Bulkley, de Salsotto de Turin, du professeur A. Fournier, celles des docteurs Dujardin, White et Vanhaecke portant sur 227 cas de chancres extragénitaux (1), et enfin la statistique du docteur Chabrol, dressée d'après les observations recueillies à la clinique du professeur Jeanselme, et nous avons extrait de ces différentes statistiques les cas de chancre de la face en étudiant la fréquence des accidents primitifs de la joue par rapport aux localisations voisines.

D. Bulkley sur 1.893 chancres extragénitaux trouve 146 chancres du menton, 145 de la joue, 95 chancres du nez.

Voici dans la statistique de Salcotto le pourcentage de différentes localisations faciales par rapport aux 210 chancres extragénitaux relevés par cet auteur :

0,99 % de chancres de la joue.

0,99 % de chancres de la face interne de la paupière supérieure.

(1) A propos de 227 cas de chancres extragénitaux par les Docteurs B. DUJARDIN, C. WHITE et VANHAEKE. *Archives médicales belges*, Septembre 1922.

1,4 % de chancres du menton.

0,44 % de chancres du front.

Le professeur A. Fournier donne deux statistiques :
une statistique de ville et une statistique d'hôpital.

La statistique de ville porte sur 642 chancres extragénitaux, dont 484 localisations céphaliques réparties de la façon suivante :

435 chancres de la bouche

47 chancres de la face

2 chancres du cuir chevelu

Sur les 47 chancres de la face nous trouvons :

24 chancres du menton

9 chancres de la joue

7 chancres de l'œil

5 chancres du nez

2 chancres du front.

Le pourcentage des chancres de la joue sur ces 642 cas étudiés par le professeur Fournier, est de 1,3 %, alors qu'il est de 3,7 % pour les chancres du menton.

Dans la statistique d'hôpital, portant sur 481 cas d'accidents primitifs extragénitaux, nous trouvons 72 chancres de la face répartis de la façon suivante :

30 chancres du menton

15 chancres de la joue

14 chancres de l'œil

13 chancres du nez.

Et les pourcentages des localisations qui nous intéressent sont sur ces 481 cas, 6,2 % de chancres du menton, 3,1 % de chancres de la joue.

Le docteur Rille, après avoir donné une statistique portant sur 616 chancres extragénitaux, relève les cas où l'on trouve simultanément deux accidents primitifs en des sièges différents. Il a observé entre autre :

1 cas de chancres de la lèvre inférieure et de la joue

1 cas de chancres de la joue et du front

1 cas de chancres de la joue et de la région inguinale.

Nous arrivons maintenant aux statistiques qui ont été publiées en 1922 par les docteurs B. Dujardin, Vanhaeke et F. White.

Le docteur White, sur 131 cas de chancres extragénitaux observés par lui, a trouvé 108 chancres céphaliques, dont :

78 chancres des lèvres

11 chancres de la langue

9 chancres du menton

3 chancres de la paupière

2 chancres de la joue

1 chancre du nez.

Le docteur Vanhaeke, dont la statistique porte sur 43 chancres extragénitaux, a relevé :

22 chancres des lèvres

5 chancres du menton

2 chancres du nez

Pas de chancre de la joue.

Le docteur Dujardin, sur 53 chancres extragénitaux, a noté :

14 chancres des lèvres

6 chancres du menton

1 chancre de la tempe

1 chancre du nez

Pas de chancre de la joue.

Ces trois statistiques ont été établies d'après des observations relevées au centre syphiligraphique anglais, français et belge du Havre.

Le docteur Chabrol a dressé sa statistique personnelle d'après 11.518 cas de chancres syphilitiques observés, en 10 ans, de 1914 à 1924, à la clinique du professeur Janselme, à l'hôpital Saint-Louis.

Sur les 690 chancres extragénitaux relevés par l'auteur, nous notons 546 chancres céphaliques qui se répartissent de la façon suivante :

470 chancres de la bouche

53 chancres du menton

11 chancres de la joue

7 chancres du nez

4 chancres de l'œil

1 chancre du cuir chevelu.

En résumé, d'après toutes ces statistiques, nous pouvons établir d'une façon à peu près certaine que les

chancre céphalique sont de beaucoup les plus fréquents, mais que, parmi ceux-ci, les localisations à la joue ne représentent qu'un pourcentage très peu élevé, certaines statistiques même n'en renfermant aucune. Si nous serrons de plus près le sujet qui nous intéresse, nous constatons que les « gros chancres », selon l'expression du professeur Fournier, sont tout à fait exceptionnels. C'est ce qui nous a décidé à en entreprendre l'étude.

ETUDE CLINIQUE

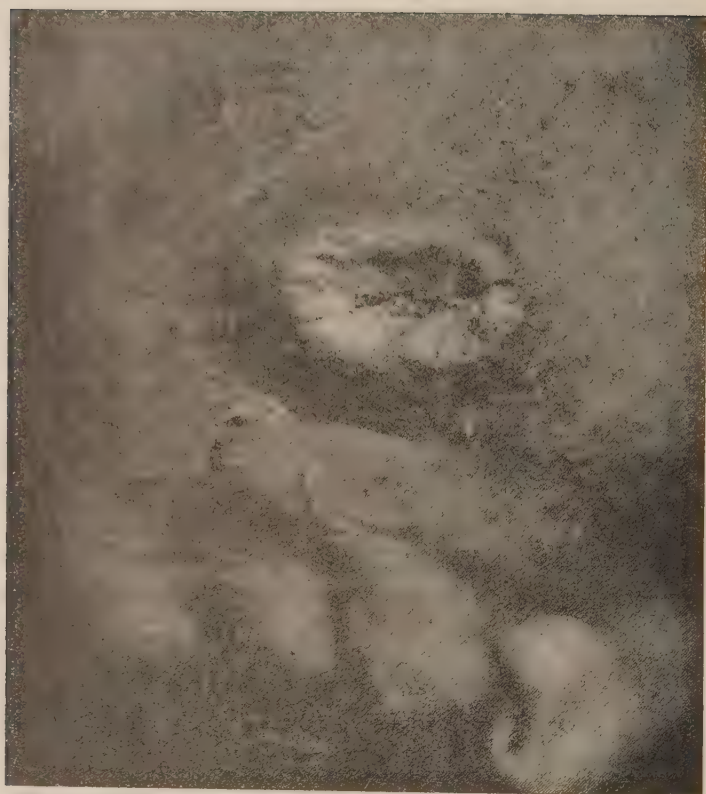
Dans notre étude clinique, nous commencerons par décrire sans y insister les chancres de la joue de dimensions normales, considérant que ces accidents représentent un premier stade susceptible d'évoluer ultérieurement et de prendre l'allure de chancres géants.

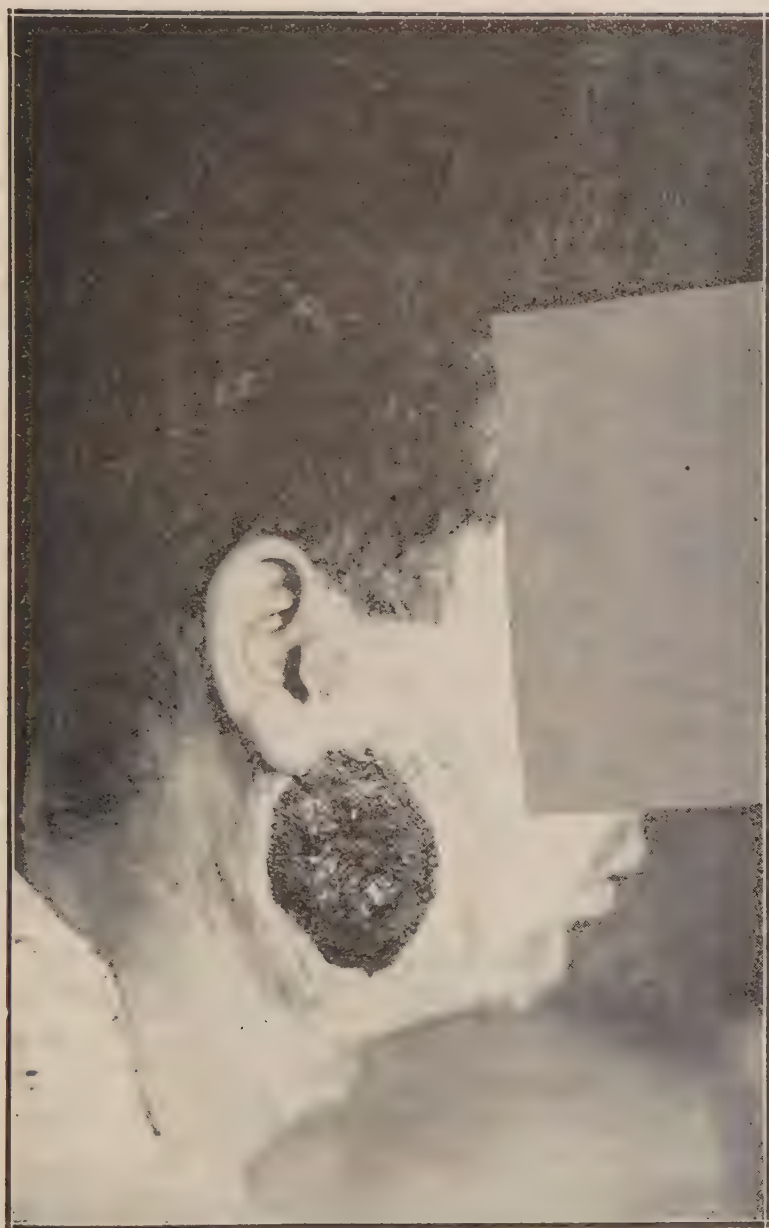
SYMPTÔMES LOCAUX

L'accident primitif de la joue peut se présenter cliniquement sous une forme croûteuse ou sous une forme ulcéreuse.

Le chancre croûteux est une lésion d'allure ecthymateuse, mais qui se différencie de l'impétigo, de l'ecthyma et de toutes les autres affections croûteuses de la région par certains caractères : sa configuration nettement limitée et arrondie, sa croûte plus épaisse et surtout sa base indurée qui n'est autre que l'induration spécifique du chancre syphilitique.

A côté de cette forme, on observe également des lésions franchement ulcéreuses, de dimensions varia-





bles, allant de la simple érosion de la peau à des ulcérations plus importantes dont le professeur Fournier décrit deux types cliniques : le chancre cupuliforme sans surélévation notable des bords et le chancre en lampion où s'ajoute à la forme en cupule des bords saillants entourant l'ulcération « comme une couronne ».

Enfin, exceptionnellement, on voit évoluer des chancres remarquables par leurs dimensions, ce sont des chancres géants, ce que Fournier appelle « les grands chancres ».

Le chancre géant est une lésion occupant une surface anormalement étendue de la dimension d'une pièce de cinq francs disent certains auteurs, le docteur Payenneville parle d'une petite paume de main, et dont la forme est assez régulièrement arrondie.

Cette grande étendue ne constitue que très rarement leur seul caractère distinctif, car souvent, et surtout à la face, ils prennent une allure hypertrophique. Comme l'a dit le professeur Fournier, « c'est une forme morbide qui sans être exclusive au chancre de la face, lui est cependant assez familière pour s'observer avec lui plus communément qu'avec les chancres de n'importe quelle autre région » (1).

Un grand chancre hyperthrophique, c'est la forme clinique que nous avons observé et que nous allons décrire plus en détail.

La lésion constitue, à première vue, une véritable

(1) Professeur A. FOURNIER. Les chancres extragénitaux, page 247.

tumeur saillante, extériorisée par rapport aux tissus voisins. Cet aspect est dû à l'infiltration de la base sur laquelle repose le chancre. Les bords sont épais, verticaux, et se continuent par une surface plane où se creuse l'ulcération. C'est le chancre en plateau décrit par Fournier. L'ulcération, grande, recouvrant la presque totalité du « plateau » présente un fond rouge vif couleur chair musculaire.

Parfois la forme générale de la lésion est régulièrement convexe, constituant le chancre en cabochon.

L'ulcération elle-même n'a pas toujours les caractères que nous venons de décrire, son étendue est variable. Elle est parfois très petite, au centre de la tumeur et contraste nettement par ses dimensions avec l'importante infiltration sous-jacente. Dans d'autres cas, au contraire, elle creuse en profondeur, devient térébrante et l'on assiste à un véritable processus phagédénique.

Enfin le fond de cette ulcération, particulièrement chez l'homme, peut présenter un aspect anthracoïde dû à de multiples folliculités, ce qui explique les erreurs de diagnostic fréquemment commises avec le Kérion de Celse.

Le professeur Fournier signale encore à titre exceptionnel de véritables monstruosité (1), des tumeurs exubérantes à la façon d'un cancer dont il est très difficile de les différencier cliniquement.

Malgré leur aspect si impressionnant, ces chancres

(1) Professeur FOURNIER. Les chancres extragénitaux page 253.

géants, comme tous les accidents primitifs, sont généralement indolents.

L'adénopathie est constante, les ganglions satellites existent là comme dans tous les chancres syphilitiques.

On trouve une saillie ganglionnaire accentuée dans les territoires correspondant aux voies lymphatiques de la région. Les ganglions sont souvent agglomérés en une masse dure située sous le maxillaire et adhérente à celui-ci, on peut trouver aussi des ganglions derrière l'angle maxillaire.

Les vaisseaux lymphatiques de la région génienne suivent le trajet des vaisseaux faciaux, descendent avec eux dans la loge sous-maxillaire et aboutissent aux ganglions lymphatiques sous-mentaux et sous-maxillaires.

Le volume de la masse ganglionnaire est d'ailleurs indépendant de la grosseur du chancre.

Les ganglions sont généralement indolents et torpides, mais on a signalé cependant des cas d'adénite inflammatoire? Il faut tout naturellement penser que cette inflammation est due à l'infection secondaire surajoutée.

On peut noter aussi dans cette étude clinique la concomitance fréquente d'un chancre génital en évolution ou cicatrisé, ce qui donne une indication importante au point de vue étiologique. Ce sont les chancres bipolaires qui ont été décrits par L. Queyrat.

Un chancre géant peut n'être pas tel d'emblée, mais commencer par une petite ulcération de dimension

ordinaire qui évoluera, pour des raisons sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir dans notre étude étiologique, vers le gigantisme. On peut donc considérer qu'il y a dans l'évolution d'un chancre géant, une phase initiale, une phase d'état où la lésion se présente avec les caractères que nous avons décrit et enfin une phase de régression qui commence généralement peu après l'institution du traitement anti-syphilitique.

Le professeur Fournier, quand il parle de la durée de ces chancres géants, insiste sur le fait que la cicatrization peut demander plusieurs mois, mais ce pronostic devait être modifié ultérieurement par l'emploi du traitement nouveau et en particulier des arsénobenzènes. Sous l'action d'une thérapeutique énergique la lésion va diminuer rapidement, se cicatrizer presque à vue d'œil et, fait remarquable lorsque l'on a pu constater la perte considérable de tissu de la période d'état, elle disparaîtra sans laisser de trace notable, parfois seulement une très petite cicatrice superficielle légèrement blanchâtre.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

Les symptômes généraux sont variables selon le stade auquel on voit le chancre.

Si l'on est en présence d'un accident récent, le malade ne présente pas de symptômes généraux. Ceux-ci apparaîtront seulement lorsque l'affection sera

entrée dans la période d'état, dite secondaire. Il faudra se rappeler alors que la Syphilis évolue comme une maladie infectieuse ordinaire et qu'à la période d'état on pourra noter tous les symptômes habituels des infections : les courbatures, la fièvre, l'amaigrissement, les céphalées, les polyadenites surtout dans la région cervicale, enfin les manifestations cutanées et muqueuses qui sont plus particulièrement l'apanage de la Syphilis. Pour être complet, nous y ajouterons les réactions sérologiques classiques Border-Wassermann, Menicke, Vernes qui à ce stade sont toutes fortement positives.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS I.

Recueillie dans le service de Dermatovénérologie
du Docteur Payenneville à Rouen.

Le 10 mai 1937 se présente à la consultation du Docteur Payenneville, un jeune homme de 24 ans, porteur au niveau de la joue droite d'une large ulcération crouteuse de la dimension d'une petite paume de main.

Cette ulcération comme on peut le voir sur la photographie, était entourée d'une base très infiltrée lui donnant un aspect surelevé, avec une saillie ganglionnaire accentuée dans la région de l'angle maxillaire et dans la région sous mentonnière.

En le questionnant, le malade raconte qu'il était soigné depuis deux mois pour un Kerion de Celse (teigne suppurée) mais qu'il n'avait pas été pratiqué d'examen de laboratoire ni d'examen complet du malade, ce qui aurait permis de constater la présence d'un chancre induré typique de la verge. Cette constatation eut certainement évité l'erreur de diagnostic.

Mais à un moment où le diagnostic de Kerion de Celse avait été posé, la lésion ne présentait pas l'aspect que montre la photographie. C'était une petite plaie de la région pileuse de la face, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes que l'on traita par des badigeonnages à l'alcool iodé et des applications de pansements humides

avec une solution iodo-iodurée, traitement classique du Kerion de Celse.

Depuis le mois d'avril, le malade faisait consciencieusement les pansements sans noter cependant d'amélioration.

En mai, ses parents constatant son mauvais état général avec parfois un peu de fièvre et l'énorme extension de la lésion, s'inquiètent. Ils décident de venir consulter le Docteur Payenneville qui, frappé par la grosse infiltration de la lésion et de la réaction ganglionnaire importante, pense tout de suite à la possibilité d'un accident primitif. Ce diagnostic fut confirmé par l'examen local de la lésion et l'examen complet du malade.

La recherche des poils suspects à la périphérie de la lésion fut pratiquée mais tous les examens furent négatifs au point de vue trichophytie.

La question de la recherche du spirochète ne se posait pas formellement à cause du traitement local suivi depuis plus de deux mois.

Mais le malade se plaignait de maux de tête, de mal à la gorge et en le faisant déshabiller, le Docteur Payenneville constate immédiatement l'existence d'une roséole typique, d'un chancre du gland en voie de cicatrisation et de lésions palmaires, syphilides secondaires non douteuses.

Le Docteur Payenneville fait entrer aussitôt le malade dans son service où nous avons eu l'occasion de l'examiner.

Un examen sérologique est pratiqué à son arrivée. Il montre un Bordet-Wassermann positif, un Hecht positif et un Vernes à 135.

Malgré cela le diagnostic pouvait être faux et il s'agissait peut-être d'un spécifique présentant en même temps un Kerion de Celse et une syphilis secondaire.

On pratique alors un frottis qui ne montre pas de spirochète et une culture sur milieu de Sabouraud des poils suspects, la culture reste négative.

Un doute pouvait encore persister. On recourt alors à l'épreuve du traitement. On cesse les pansements iodoiodurés que l'on remplace par des pansements humides à l'eau bouillie et un traitement antisypilitique est institué par des injections intraveineuses de cyanure associées à une cure de Novarsenobenzol.

Le diagnostic ne tarde pas à se confirmer car la lésion de la joue se cicatrisait à vue d'œil à mesure que le traitement spécifique avançait ; l'infiltration diminuait parallèlement et le 11 juin, environ un mois après le début du traitement, l'ulcération de la joue était totalement cicatrisée en même temps que disparaissent la roséole et les lésions palmaires. La fièvre avait complètement cédée et l'état général était redevenu excellent.

Comme dans tous les cas de syphilis ignorée et évoluant sans traitement, l'imprégnation restait très forte et la sérologie bougeait très peu.

Le 25 mai BW +++ HECHT+++ VERNES 110

Le malade avait reçu 12 cyanures de 1 centigramme et deux Néos. 0,15 et 0,30.

Le 11 juin, l'examen sérologique était encore fortement opsitif malgré 24 cyanures et 6 Néos. 0,13, 0,30, 0,48, 0,60, 0,75, 0,75.

BW +++ HECHT+++ VERNES 58

OBSERVATIONS II.

Présentée par M. CAMUS (1)
à la Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Un homme de 37 ans après s'être servi d'un rasoir étranger à vu apparaître le 7 novembre un bouton au niveau de la joue. Il aurait été traité d'abord par une pommade au nitrate d'Argent puis dans un service de Chirurgie et de médecine générale où furent faites une biopsie, une injection dans la substance de la lésion et une prise de sang.

Le 28 décembre, le malade présentait un chancre ovale, mesurant 3 sur 4 cm. ayant la forme et l'épaisseur d'un macaron creusé au centre, donnant l'aspect d'un syphiloïdome.

L'ulcération centrale dans la sérosité de laquelle furent trouvés de nombreux tréponèmes, était entourée d'un bord très infiltré de 1 cm. de large et l'infiltration se continuait vers l'angle de la mâchoire par un tissu fortement empaté.

Un ganglion sous-maxillaire non douloureux au toucher, de la dimension d'une grosse olive. Pas de céphalée. Le visage, le tronc, les membres étaient couverts d'un exanthème papulomaculeux à prédominance papuleuse, le scrotum et la verge présentaient quelques éléments érosifs. Le Bordet-Wassermann était positif franc.

Actuellement toutes les lésions ont regressé, le malade ayant été mis en traitement.

(1) CAMUS. Syphilis primaire de la joue. *Bulletin de la Société Française de dermatologie et syphiligraphie* 1932, page 309.

OBSERVATION III

Publiée par MM. P. BLUM, J. BRALEZ et ARCHAMBAUD (1)
dans les *Annales de Maladies Vénériennes*

M. R. Lucien, âgé de 26 ans, est arrivé à notre consultation du centre de l'hôpital St-Denis, dans les derniers jours d'octobre 1930 pour une lésion circonscrite croûteuse, grande comme une pièce de 2 francs, avec rebord très épais et très dur. En même temps il y a une énorme adénite sous-maxillaire gauche, indolente torpide qui durant depuis deux mois a évolué lentement vers la suppuration. Le bubon ayant paru suspect au chirurgien fut ponctionné et l'examen du pus montra un pus aseptique sans caractère net. L'idée du chirurgien avait été celle d'une lésion bacillaire de la joue avec adénite bacillaire.

Or il s'agissait d'un chancre géant syphilitique en partie épidermique du pli naso-génien avec grosse adénite sous-mentale qui aurait cessé de rester torpide pour donner lieu à une légère suppuration. Et, faisant déshabiller le malade, nous avons découvert une roséole très nette avec des éléments papuleux disséminés sur le tronc et les membres.

La réaction de Wassermann fut positive totale. En juillet 1930 le malade avait eu une écorchure de la face et un mois après apparaissait une plaie ulcéreuse et tumorale de la joue qui dérouta les chirurgiens, son caractère torpide, son évolution rapide, avaient donné l'idée d'une mycose ou d'une tuberculose. L'idée de syphilis aurait été rejetée en raison de la facilité avec laquelle l'adénite sous-mentale avait suppuré; or c'est

(1) P. BLUM, J. BRALEZ, ARCHAMBAUD, *Annale des maladies vénériennes*, 1931.

un point qu'il faut savoir que le tréponème seul peut créer une réaction inflammatoire de lymphite.

Le malade guérit par des injections de noversenobenzol. Après cinq piqûres, tout rentra dans l'ordre. Notons que ce chancre était en relief, le centre était chair musculaire à base très infiltrée (2).

(2) Nous nous permettons de faire remarquer que nous avons rapporté uniquement les observations de la joue d'un type clinique très voisin de celui que nous avons étudié ce qui explique la rareté de ces observations.

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE

Nous insistons particulièrement sur le diagnostic de laboratoire parce que nous estimons qu'à l'heure actuelle, c'est lui qui doit avoir la première place. On a déploré trop souvent des erreurs commises du fait que les recherches de laboratoire ont été laissées de côté ou n'ont été faites qu'après des essais de traitement leur enlevant toute leur valeur.

Le diagnostic de Syphilis, étant donnée son importance, doit toujours reposer sur une base solide qui, dans la circonstance ne peut être fournie que par le laboratoire. Aussi insisterons-nous sur les différents procédés de diagnostic que nous avons actuellement à notre disposition et sans nous contenter d'énumérer les techniques d'examen nous nous permettrons d'en décrire quelques-unes en détail.

EXAMEN DE LA SÉROSITÉ DU CHANCRE

Cet examen doit être fait précocement, aucune thérapeutique locale n'ayant été appliquée. Mais lorsqu'il s'agit d'un chancre de la joue, il arrive souvent

que le malade consulte tardivement, après avoir fait sur sa lésion des applications de liquide antiseptique ou bien il existe une infection secondaire surajoutée et la valeur du résultat est compromise. Dans ce cas il ne faudra pas se contenter d'un examen négatif mais le répéter plusieurs fois de suite, à quelques jours d'intervalle, en instituant pour tout traitement des lavages de la lésion à l'eau bouillie. La technique de cet examen est la suivante :

Après lavage à l'eau bouillie, on fera des scarifications superficielles des bords de l'ulcération et l'on prélèvera la sérosité à l'aide d'une pipette, puis l'on procédera à la recherche du tréponème.

Nous décrirons rapidement, pour mémoire, les anciens procédés de coloration :

Le procédé lent de Giemsa : Après étalement de la sérosité on fixe avec l'alcool absolu en laissant les lames au contact de l'alcool pendant une demi-heure au plus. Puis la coloration est faite par le mélange de Giemsa, dont voici la composition : bleu d'azur, éosine, glycérine, alcool méthylique. On dissout 15 gouttes de ce mélange dans 10 centimètres cubes d'eau distillée, on verse le tout dans des boîtes de Pietri et on y introduit les préparations. On laisse au contact pendant plusieurs heures.

Le procédé rapide de Giemsa : On verse dans un verre à pied 10 centimètres cubes d'eau distillée, 5 à 10 gouttes d'une solution à 0,1 % de carbonate de soude et tout en agitant le liquide on ajoute 10 gouttes

de colorant de Giemsa. La coloration s'obtient au bout de trois quart d'heure à une heure.

La méthode par le chauffage. — Les frottis sont fixés par la chaleur, puis on verse 10 gouttes du mélange de Giemsa dans une éprouvette contenant 10 centimètres d'eau distillée. On dépose sur la lame quelques gouttes du mélange colorant, on chauffe jusqu'à émission de vapeur, on jette le liquide et l'on recommence deux ou trois fois. Puis on lave la lame à l'eau.

Dans tous ces procédés, les tréponèmes apparaissent colorés en violet rougeâtre.

Nous citerons aussi les procédés d'Herxheimer, de Borrel et Brunet, et celui de Stern et Flexner. Ils ne sont plus guère employés actuellement, car ils ont été supplantés par trois méthodes :

a) La recherche du tréponème à l'ultra microscope, procédé excellent, mais qui a l'inconvénient de ne pas permettre de revoir plusieurs fois la préparation ;

b) La méthode de coloration de Fontana-Tribondeau. Après étalement de la sérosité, on sèche la lame à l'air, on fixe et on détruit l'hémoglobine par le liquide de Ruge. Puis on fixe à l'alcool absolu et après mordantage par une solution de tanin à chaud pendant 30 secondes, on lave à l'eau courante et on imprègne par le nitrate d'argent ammoniacal en chauffant légèrement pendant 20 à 30 secondes. Après un dernier lavage à l'eau, on examine la préparation à l'immersion ;

c) Le procédé de l'encre de Chine ou méthode de Burri. On mélange la sérosité sur une lame avec une goutte d'encre de Chine spéciale, on étale, on laisse sécher puis on examine à l'immersion. Les spirochètes ressortent en blanc sur un fond sombre.

EXAMEN DE LA SÉROSITÉ GANGLIONNAIRE OBTENUE PAR PONCTION

Cet examen complète ou remplace, selon les cas, la recherche du tréponème dans la sérosité du chancre. Mis en valeur en France par le professeur Gougerot, en 1927, il rallie actuellement de nombreux suffrages.

La technique employée est celle de Schultz, légèrement modifiée par les professeurs Gougerot et P. Blum. On ponctionne le ganglion le plus gros à l'aide d'une aiguille fine et longue introduite obliquement en peau saine si le ganglion est inflammé, puis on aspire avec une seringue la sérosité du ganglion. Si la ponction reste blanche, il faut injecter V à X gouttes de sérum physiologique et masser légèrement le ganglion. On aspire alors le mélange sérum, sérosité que l'on examine selon les procédés préalablement décrits pour la sérosité du chancre.

On a signalé plusieurs observations où la recherche du tréponème avait été positive dans la sérosité ganglionnaire, alors qu'elle restait négative au niveau du chancre. Ces faits montrent bien l'importance de cet examen et la nécessité de le pratiquer systématiquement.

RÉACTIONS SÉROLOGIQUES

Nous avons à notre disposition actuellement plusieurs réactions sérologiques, dont la plus employée est la réaction de Bordet-Wassermann ou de déviation du complément. Sa technique est assez connue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir. Cette réaction négative pendant l'incubation et une partie de l'évolution du chancre, n'apparaît positive que du quinzième ou vingt-cinquième jour.

La réaction de Hecht Bauer est une réaction de Bordet-Wassermann simplifiée. Le sérum du malade n'est pas chauffé, les hémolysines ne sont pas détruites. En apparence plus sensible que le Bordet-Wassermann, elle est sujette à plus d'erreurs, aussi ne doit-elle être jamais employée seule.

Nous citerons encore la réaction de Kahn qui est très sensible et se révèle positive du deuxième au vingt-cinquième jour du chancre, la réaction de Méniche basée sur la floculation des colloïdes; elle est aussi plus sensible que le Bordet-Wassermann et on peut l'employer associée à cette réaction.

Enfin, nous insisterons plus particulièrement sur la réaction de Vernes, dont les résultats s'expriment en chiffre et qui constitue avec le Bordet-Wassermann la réaction sérologique la plus importante. Elle donne en effet des indications intéressantes pour la conduite du traitement et permet de surveiller les effets de la thérapeutique employée. Toutefois, il faut bien savoir que son champ de recherche est beaucoup plus

limité, comme on l'a dit avec juste raison : « Elle commence après et finit avant le Bordet-Wassermann ».

Nous terminerons sur la leucocyto-réaction préconisée par le docteur Gouin, de Brest. Cette méthode de diagnostic est basée sur l'hyperleucocytose passagère que provoque chez le syphilitique l'application du traitement antisypilitique.

Ces méthodes n'auront de valeur que si on les emploie associées et il faudra toujours se montrer très prudent dans l'interprétation de leur résultat. La première place doit toujours rester à la recherche du spirochète.

LA BIOPSIE

La Biopsie ne sera pratiquée que dans le cas où l'aspect clinique de la lésion pourra faire hésiter entre le diagnostic d'épithélioma de la joue et celui de chancre.

L'examen anatomo-pathologique montrera s'il s'agit d'une lésion syphilitique :

l'endo et la perivascularite

l'hypertrophie du tissu conjonctif

la présence de spirochètes sur les coupes.

Tablant sur le fait particulier qui a inspiré ce travail, nous ajouterons que dans certains cas où au premier abord la lésion peut faire penser à une mycose, il sera indiqué de commencer par aiguiller les recherches de laboratoire dans ce sens.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous allons étudier successivement les différentes affections qui ont pu prêter à confusion.

LA TRICHOPHYTIE SUPPURÉE

C'est le diagnostic le plus important, celui qui a fait commettre le plus grand nombre d'erreurs.

Dans une région pileuse, la trichophytie se présente toujours sous la forme de trichophytie suppurée ou Kérion de Celse. L'aspect de la lésion est celui d'un macaron surélevé, saillant sur le reste de la joue, à bords nettement arrondis. A la pression on fait sourdre au niveau de chaque follicule pileux, une gouttelette de pus. Cette lésion n'est pas très douloureuse; elle reste d'ailleurs peu de temps isolée. A la suite de propagation par le rasoir ou d'autres objets de toilette, il se fait une inoculation de voisinage et on voit apparaître d'autres foyers analogues à celui que nous avons décrit.

L'évolution habituelle est la guérison soit spontanée, soit rapide sous l'action de badigeonnage à l'alcool iodé. Dans les cas rebelles, on prescrit la dépi-

lation à la pince ou radiothérapique, bien qu'elle ne soit pas nécessaire, la plupart du temps la suppuration déterminant d'elle-même les poils, et des injections intraveineuses de Lugol hyposulfité.

Il faudra tenir compte dans le diagnostic, de la profession du malade. Les tricophyties sont en effet d'origine animale et se rencontrent chez les enfants ou adultes vivant en contact fréquent avec les animaux. Dans l'aspect clinique même, certains points ne cadrent pas avec le diagnostic de chancre, l'allure est inflammatoire, la lésion est rarement unique, et en regardant de plus près, on trouve au pourtour des petites pustules à base rouge qui sont le début d'autres localisations. Enfin, l'examen microscopique suffira à éclairer un diagnostic hésitant. On prélèvera les poils suspects à la périphérie non au centre de l'ulcération et on les examinera extemporanément suivant le procédé classique à la potasse à 40 % après chauffage. La présence de spores ecto et endothrix permettra d'affirmer le diagnostic de tricophytie. Mais il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir une association de la tricophytie et de l'accident primitif. Nous n'avons pu retrouver dans la littérature d'associations analogues au niveau de la joue, mais il nous a paru intéressant de résumer deux observations de chancres du menton associés à des lésions tricophytiques.

La première observation a été rapportée par Hudeło (1). Il s'agit d'un militaire porteur au menton

(1) HUDELO, *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, Mars 1926, p. 323.

d'un Kérion typique avec constatation microbienne positive; or quelques jours plus tard à mesure que le Kérion guérissait sa base s'infiltrait de plus en plus, il se transformait en chancre syphilitique typique accompagné de sero-réactions positives. Il s'agissait d'une double inoculation tricophytique et tréponémique dont le mécanisme n'a pu être déterminé.

L'autre observation rapportée par M. Moutot (1) est celle d'un homme de 47 ans, qui a présenté successivement à quelques semaines d'intervalle, un chancre du menton, un chancre de la verge et un sycosis parasitaire du menton.

L'ANTHRAX DE LA JOUE

Nous avons vu que le chancre de la joue prend parfois un aspect anthracoïde dû à de multiples folliculités du fond de l'ulcération. Le diagnostic pourrait alors se poser d'anthrax de la joue qui peut se développer dans cette région pilaire, surtout chez l'homme.

L'Anthrax se présente sous l'aspect d'une plaque indurée à foyers bourbillonneux multiples, très douloureuse. Pratiquement, la confusion n'est pas possible; l'évolution rapide, l'allure très inflammatoire de l'anthrax, la douleur, les signes généraux, sont des symptômes qui ne permettent pas l'erreur de diagnostic.

(1) MOUTOT. Possibilité d'un sycosis parasitaire de la barbe greffé sur un chancre du menton. *Lyon Médical*, sept 1906.

LA SPOROTRICHOSE

Le chancre sporotrichosique ne présente pas tout à fait les mêmes caractères que l'accident primitif syphilitique. Il prend plutôt l'aspect d'une ulcération gommeuse. D'abord dur, puis ramolli, il finit par s'ulcérer et évacuer son contenu ; puis l'ulcère peut se recouvrir d'une croûte d'aspect cethymateux, ou bien il persistera une ulcération, creuse, plus ou moins régulièrement arrondie, à bords sous-minés et fond bourgeonnant qui peut rester longtemps stationnaire si le traitement n'intervient pas, mais l'ulcération n'atteint jamais les dimensions de notre chancre.

La sporotrichose se reconnaît en général assez facilement, cependant il sera prudent avant de se prononcer, de pratiquer les examens de laboratoire et surtout la culture. L'ancien procédé d'ensemencement sur milieu de Sabouraud, était peu pratique, car la culture mettait quinze jours à pousser. Mais le professeur Gougerot a préconisé une méthode qui permet d'obtenir un résultat beaucoup plus rapide : c'est le procédé de la coulée de pus sur le verre sec (2).

LE BOUTON D'ORIENT

Une affection assez rare dans nos pays peut cependant donner le change dans certains cas avec l'accident primitif de la face, nous voulons parler du Bouton d'Orient.

(2) Article sur la spirotrichose, *Nouvelle Pratique Dermatologique*, Tome II., page 519, Professeur GOUGEROT.

C'est une lésion en général assez volumineuse, caractérisée par une ulcération qui peut atteindre 3 ou 4 centimètres, recouverte d'une croûte brunâtre épaisse, enchassée dans les tissus. Sous cette croûte, on trouve une entamure dont les bords sont à pic, déchiquetés, le fond rouge vif papillomateux. Cette ulcération repose sur une base infiltrée et s'accompagne d'adénopathie. Les ganglions satellites sont en effet gros et douloureux.

La notion climatique pourra dès le début donner l'éveil.

Là encore, les recherches de laboratoire permettront d'établir rapidement le diagnostic en révélant l'existence d'une leishmaniose.

L'ULCÉRATION GOMMEUSE ET LES SYPHILIDES TERTIAIRES

La gomme syphilitique est d'un diagnostic facile, surtout au début. Mais elle laisse après évacuation de son contenu, une ulcération ronde, à bord mince, rouge, taillée à pic, dont le fond irrégulier est recouvert d'un pus jaunâtre. Ce pus, s'élimine progressivement et le fond prend une couleur rouge chair musculaire et commence à bouregonner. C'est à cette période que le diagnostic pourrait être hésitant, mais l'absence d'adénopathie, la connaissance de l'évolution de la lésion et de l'histoire du malade, la recherche du spirochète, la réaction serologique toujours très fortement positive, permettront de ne pas se tromper.

Le professeur Fournier insiste sur les erreurs possibles entre le gros chancre ulcéreux et les syphilides tertiaires : « A s'en tenir aux seules données objectives, on pourrait commettre une lourde faute diagnostique, consistant à confondre l'accident initial de la syphilis avec une de ses manifestations tertiaires » (1). L'erreur peut surtout être commise avec les syphilides ulcero-tuberculeuses, dont la face est l'un des foyers d'élection. La lésion peut se présenter sous l'aspect d'une ulcération creuse assez étendue, dont les bords sont taillés à pic et le fond inégal anfractueux, elle donnerait facilement le change avec certaines formes de chancre géant présentant une ulcération térébrante mais, là encore, l'absence d'adenopathie et la connaissance des antécédents du malade seront de bons éléments de diagnostic.

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA JOUE

Un autre diagnostic différentiel peut être posé : c'est celui de l'épithélioma. Nous y insisterons particulièrement, car l'erreur a été commise : des chancres faciaux ont été pris pour des tumeurs malignes et opérés comme tel.

L'épithélioma de la joue ou cancroïde présente les caractères suivants : c'est une tumeur ulcéreuse, émergeant de la peau comme un plateau. La surface ulcérée est arrondie à fond bourgeonnant et sai-

(1) Professeur FOURNIER. Chancres extragénitaux, p. 263.

gnant facilement. Les bords sont saillants, infiltrés, la base est d'une dureté ligneuse. La lésion n'est pas douloureuse spontanément.

Cette description se rapproche par bien des points de celle que nous avons donnée du chancre géant. Mais un caractère important va permettre de faire le diagnostic dès l'examen du malade : c'est l'adénopathie.

En effet, si elle existe dans les deux cas, elle est beaucoup plus tardive dans le cancroïde, souvent même les ganglions restent indemnes pendant tout le cours de la maladie, l'adénopathie n'apparaît qu'à la période ultime. Le cancroïde est une tumeur à marche très lente.

Le diagnostic sera plus délicat s'il s'agit d'un chancre phagedénique avec grosse destruction des tissus. On pourrait alors le confondre avec le cancroïde dans sa phase ultime, lorsque l'ulcération gagnant en surface et en profondeur a détruit les tissus voisins. Dans l'un et l'autre cas, l'adénopathie existe, mais elle n'a pas les mêmes caractères. Les ganglions cancéreux sont petits, durs, indolents, roulant sous le doigt sans périadénite.

Des renseignements importants seront donnés par la connaissance de l'évolution de l'affection et l'état général du malade beaucoup plus altéré s'il s'agit d'un cancer à la dernière période.

Il sera indispensable néanmoins de pratiquer les examens de laboratoire, et si l'opinion penche plutôt en faveur de l'épithélioma, la biopsie s'impose.

ETIOLOGIE

Au point de vue de l'étiologie nous aurons trois points importants à étudier :

L'agent de l'infection ;

Le mode de contamination ;

Pourquoi le chancre est géant.

L'AGENT DE L'INFECTION

L'agent infectieux est le tréponème de Schaudinn. Pour P. Blum et J. Bralez (1), il ne faut pas chercher une association microbienne secondaire à l'origine des chancres géants. Le tréponème à lui seul peut donner un accident primitif géant d'emblée. La question de savoir si l'on a affaire à une espèce de tréponème particulièrement virulent et d'un type spécial : plus long, à spires plus serrées, n'a pas encore été tranchée.

D'autres auteurs pensent que l'évolution des chancres géants est due à des germes secondaires sur-

(1) Chancres géants article publié par MM. P. BLUM et J. BRALEZ dans le *Paris Médical*, 1930, p. 365.

ajoutés. A cette hypothèse on peut faire l'objection suivante : sous l'influence du traitement syphilitique seul et sans autre thérapeutique locale que des applications de compresses d'eau bouillie, le chancre géant évolue rapidement vers la guérison : ce fut le cas dans notre observation.

LE MODE DE CONTAMINATION

A la joue la contamination peut se faire de trois façons différentes :

a) La contagion directe qui est le plus souvent d'origine buccale, par le baiser, la morsure, la succion, la sputation ; parfois d'origine génitale et dans ce cas généralement de la femme à l'homme. La contagion par le baiser est connue de longue date, telle qu'en témoigne la croyance populaire prétendant qu'il suffisait d'embrasser un jeune enfant pour lui transmettre la syphilis et s'en trouver guéri.

Nous nous permettrons de résumer rapidement une observation qui est un exemple de contamination par la sputation (2) : « J. Marguerite, 48 ans, consulte le 10 novembre 1910 pour un accident primitif pré-auriculaire gauche qui dure depuis six semaines avec grosse adénopathie cervicale en arrière et le long du sterno-mastoïdien. Il existe une roséole papuleuse généralisée, sauf à la face où les éléments sont macu-

(2) MM. GAUCHER, LEVY FRANCKEL et DUBOSC. Observation publiée dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie* en Janvier 1911, p. 17.

leux... la malade étant sourde du côté gauche, tendait toujours cette oreille.

b) La contagion indirecte par les doigts imprégnés de contagé spécifique et mis au contact d'une exco-riation du visage; c'est une auto-inoculation. Ce mode de contamination n'a été admis qu'à la suite des travaux de Queyrat sur l'auto-inoculabilité des chancres syphilitiques. Elle peut expliquer l'origine de certains accidents primitifs successifs.

c) La contagion médiate qui se produit par l'intermédiaire de divers objets. Pour les chancres de la joue, l'objet le plus souvent incriminé est le rasoir.

Il ne faut pas attacher une trop grande importance à ce mode de propagation de la syphilis car, en interrogeant attentivement le malade qui met en cause cet objet, on réussit souvent à trouver une contamination d'un tout autre ordre. De plus, s'il y a contamination chez le coiffeur, ce n'est probablement pas par le rasoir mais par la houppe à poudre, la serviette ou le blaireau et dans tous ces cas, il faut admettre à l'origine une lésion traumatique érosion, coupure qui sert de porte d'entrée.

POURQUOI LE CHANCRE EST-IL GÉANT ?

A cette question on peut répondre qu'il y a probablement dans la localisation une cause importante, les chancres géants se produisant le plus souvent dans les régions où le derme est épais et le tissu cel-

lulaire lâche. De toute évidence, certaines régions, et c'est le cas pour le visage, sont plus fréquemment que d'autres, le siège de chancres géants. Mais cela ne suffit pas et deux théories vont s'affronter pour donner des explications complémentaires.

Certains prétendent que les chancres sont géants d'emblée et dus à une espèce de treponème particulièrement virulent.

D'autres auteurs pensent que le chancre évolue vers le gigantisme sous l'influence de diverses causes surajoutées, soit l'infection secondaire, soit l'application locale de caustiques. Cette dernière explication est fréquemment vérifiée, car l'on retrouve souvent à l'origine des chancres géants, une médication antiseptique intempestive, comme c'est le cas dans notre observation où une cautérisation ignée, comme en témoigne l'observation que nous allons brièvement résumer (1).

A la suite d'un accident primitif de la lèvre inférieure de dimension normale, non diagnostiqué et traité par une cautérisation ignée au thermocautère, un malade de 61 ans va présenter une ulcération géante s'étendant sur presque toute la lèvre inférieure, le sillon guigivo-labial, le rebord alvéolaire avec œdème inflammatoire de toute la lèvre et adénopathie sous-maxillaire volumineuse.

(1) Extension géante à la suite d'une cautérisation ignée d'un chancre de la lèvre inférieure. Publiée par MM. DUSAN, J. BONNET, R. LOMBARD dans le *Marseille Médical* de Février 1937, p. 156.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Les chancres céphaliques ont eu à une certaine époque très mauvaise réputation et l'on pensait que l'accident primitif céphalique comportait un pronostic beaucoup plus grave. On prétendait qu'il prédisposait aux localisations nerveuses, surtout à la paralysie générale.

Le docteur Dujardin, dans un article publié en 1919 (1), reprend la discussion de ces théories et conclut que la réaction méningée est quelquefois plus précoce dans les accidents primitifs céphaliques, mais qu'en moyenne elle n'est pas plus grave et qu'il n'y a pas prédisposition des chancres céphaliques aux complications nerveuses.

Cl. Simon va expliquer la précocité de la réaction méningée par des considérations physio-pathologiques : le virus syphilitique venant du bubon syphilitique passe directement dans le liquide céphalo-rachidien qui baigne les gaines nerveuses et remonte ainsi aux centres nerveux.

(1) Pronostic de chancres extragénitaux publié par P. DUJARDIN dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie* de 1919, p. 221.

Si dans quelques cas les chancres céphaliques ont pu entraîner des complications graves c'est qu'ils avaient été reconnus et traités tardivement ou insuffisamment.

Le chancre géant de la joue, très impressionnant par son aspect clinique est beaucoup moins grave qu'il ne le paraît. Comme toutes les ulcérations de la face, par suite du riche réseau vasculaire, il a une tendance à guérir très rapidement sous l'effet du traitement.

Le traitement local sera un traitement détergent par des compresses humides d'eau bouillie ou de sérum et des antiseptiques légers : eau d'Alibour très diluée, Néol, résorcine. Il faudra se garder d'employer les antiseptiques forts.

Mais il faudra surtout instituer très rapidement le traitement antisyphilitique. Cette variété de chancre est le triomphe du Novarsenobenzol associé au mercure. Il devra toujours être employé, sauf si le malade est âgé; dans ce cas le bismuth sera préférable.

Nous n'insisterons pas sur la technique de ces traitements qui sont aujourd'hui d'un usage courant.

CONCLUSIONS

1. — Comme on peut le voir d'après la bibliographie, le chancre géant de la joue semble très rare, puisque nous n'avons pu en relever, en plus de ceux auxquels le professeur Fournier fait allusion dans son ouvrage, que deux cas typiques au cours de nos recherches. On peut se demander si cela tient à ce qu'il n'est pas toujours diagnostiqué ou au contraire si l'on admet la théorie des chancres géants secondaires, au fait que l'accident primitif de la joue étant diagnostiqué précocement, est traité dès le début et n'a pas le temps de se développer et d'atteindre les proportions de chancre géant.

2. — Le chancre de la joue devrait toujours être diagnostiqué précocement. Il suffit, comme pour tous les chancres extragénitaux de penser toujours à la possibilité d'un accident primitif lorsqu'on est en présence d'une lésion qui ne cadre pas avec les diagnostics habituels de la région.

3. — Lorsqu'on soupçonne un chancre de la joue, il suffit généralement de pratiquer les examens de laboratoire pour acquérir une certitude.

4. — En présence d'une ulcération de la joue il ne faut jamais commencer un traitement local sans être certain de son diagnostic.

5. — La cicatrisation du chancre géant de la joue est obtenue très rapidement grâce au traitement anti-syphilitique, et comme nous l'avons fait remarquer pour notre malade on est surpris de constater le peu de traces que laisse une lésion au premier abord très mutilante.

Mais dans un certain nombre de cas, par suite d'associations microbiennes, le chancre géant peut se compliquer de phagédénisme et donner des lésions pouvant atteindre des dimensions énormes et entraîner une destruction très profonde des tissus, laissant subsister des cicatrices tout à fait disgracieuses.

Vu : *Le Doyen*
Pour le Doyen, l'assesseur :
B. CUNEO.

Vu : *Le Président*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

